

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1942

THÈSE

N°

167

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

Francis GOMEZ

Né le 28 mars 1913, à Barcelone (Espagne)

Externe des Hôpitaux de Paris

Présentée et soutenue publiquement le **30 JUIN 1942** 19

GALE
ET SYPHILIS PRIMAIRE

Contribution à l'étude
de la Syphilis pré-chancreuse

Président : M. GOUGEROT, Professeur

PARIS

AMÉDÉE LEGRAND & JEAN BERTRAND, ÉDITEURS
93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 93

1942

ANNÉE 1942

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

Francis GOMEZ

Né le 28 mars 1913, à Barcelone (Espagne)

Externe des Hôpitaux de Paris

Présentée et soutenue publiquement le 19

GALE
ET SYPHILIS PRIMAIRE

Contribution à l'étude
de la Syphilis pré-chancreuse

Président : M. GOUGEROT, Professeur

PARIS

AMÉDÉE LEGRAND & JEAN BERTRAND, ÉDITEURS
93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 93

—
1942

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie	ROUVIERE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	POLONOVSKI.
Bactériologie	GASTINEL
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	N...
Pathologie chirurgicale	QUENU
Anatomie pathologique	LEROUX.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	AUBERTIN.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	DUVOIR
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LEVY-VALENSI.
Pathologie expérimentale et comparée	Henri BENARD.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	CHIRAY.
Clinique médicale	ABRAMI.
	FIESSINGER.
	HARVIER.
	P. VALLERY-RADOT.
Hygiène et clinique de la première enfance	CATHALA
Clinique des maladies des enfants	Robert DEBRE.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	LAIGNEL-LAVASTINE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
	CADENAT.
Clinique chirurgicale	GOSSET.
	LENORMANT.
	MONDOR.
Clinique ophtalmologique	VELTER.
Clinique urologique	CHEVASSU.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements	LEVY-SOLAL.
	PORTES
Clinique gynécologique	MOCQUOT.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	LEVEUF
Clinique thérapeutique médicale	LOEPER.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	BROCQ
Clinique propédeutique	M. VILLARET.
Clinique de la tuberculose	TROISIER.
Clinique chirurgicale orthopédique	MATHIEU.
Clinique de cardiologie	DONZELOT.
Clinique de neuro-chirurgie	Clovis VINCENT.
Assistance médico-sociale	N...
	DOGNON.
	GIROUD.
	HAZARD.
Professeurs sans chaire	JAYLE.
	JOANNON.
	OLIVIER.
	VERNE.

II. — AGREGES EN EXERCICE

MM.

ELINE Pathologie chirurgicale.
RIETY Pathologie médicale.
RNARD Etienne. Pathologie médicale.
SANÇON (Justin). Hydrologie.
NNET Bactériologie.
ULIN Pathologie médicale.
OQUET Pathologie médicale.
LLIARD Histologie.
CHERA Pathologie médicale.
RDIER Anatomie.
STE Pathologie médicale.
UVELAIRE (Roger). Urologie.
LARUE Anatomie pathologique.
LAY Pathologie médicale.
GREZ (H.) .. Physique.
SOILLE Médecine légale.
GONNET Obstétrique.
GNON Physique.
VRE Pathologie chirurgicale.
NCK-BRENTANO. Pathologie chirurgi-
cale.
LLIARD Parasitologie.
RCIN Pathologie médicale.
GAUTHIER-VILLARS. Anatomie pa-
thologique.
GENNES ... Pathologie médicale.

MM.

HAGUENAU ... Pathologie médicale.
LACOMME Obstétrique.
LANTUEJOUL.. Obstétrique.
LAVIER Parasitologie.
LELONG Pathologie médicale.
LEMAIRE Pathologie expérimen-
tale.
LENEGRE Pathologie médicale.
M^{me} J. LEVY... Pharmacologie.
MARCHAL Pathologie médicale.
MENEGAUX ... Pathologie chirurgicale.
MOLLARET ... Pathologie médicale.
MOUQUIN Pathologie médicale.
PATEL Pathologie chirurgicale.
PETIT-DUTAILLIS. Pathologie chirur-
gicale.
RENARD Ophtalmologie.
RICHET Physiologie.
SENEQUE Pathologie chirurgicale.
SICARD Pathologie chirurgicale.
SOULIE Pathologie médicale.
SUREAU Obstétrique.
TURPIN Pathologie médicale.
WILMOTH Pathologie chirurgicale.

III. — AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

GLAVE Pathologie chirurgicale.
AILLEY-BERT. Physiologie.
ENIOT Obstétrique.
ITZ-BOYER.. Pathologie chirurgicale.
GUENIN .. Anat. Pathol.

MM.

LE LORIER ... Obstétrique.
NEVEU-LEMAIRE. Parasitologie.
PIEDELIEVRE. Méd. lég.
VAUDESCAL .. Obstétrique.

IV. -- AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent

MM.		MM.	
ALAJOUANINE .	} Clinique médicale.	BASSET	} Clinique chirurg.
BRULE		GATELLIER ...	
CHABROL		de GAUDART ..	
CHEVALLIER ..		d'ALLAINES..	
LAROCHE (G.)..		MOULONGUET..	
LIAN		MOURE	
MOREAU			
SFZARY			

MM.

ECALLE	} Clinique obstétricale.
VIGNES	

V. -- CHARGES DE COURS

MM.

CHAILLEY-BERT, agrégé	Education physique.
LEDOUX-LEBARD)	Radiologie clinique
DECHAUME	Stomatologie.
N.	Puériculture.

*Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecote a arrêté que les opti
émises dans des dissertations qui lui seront présentées, doivent être conside
comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approb
ni improbation.*

A MA FEMME

*Dont la confiance et l'affection
m'ont été le meilleur encouragement.*

A MES BEAUX-PARENTS

Humble témoignage de reconnaissance pour leur sollicitude et leur amitié.

A MES PARENTS, A MON FRÈRE ET MES SŒURS

Expression de mon affectueux attachement.

A Monsieur le Professeur H. GOUGEROT

Professeur à la Faculté de Médecine de Paris
Médecin des Hôpitaux de Paris
Officier de la Légion d'Honneur

Qui a bien voulu nous faire l'honneur de présider cette thèse.

Notre hommage respectueux.

A MES MAÎTRES DANS L'EXTERNAT

A feu notre Maître Monsieur le Professeur RATHERY

Dont l'enseignement et la bienveillance seront pour nous le meilleur souvenir de nos études.

A feu notre Maître Monsieur le Professeur GREGOIRE

Qui sut nous faire acquérir la discipline intellectuelle indispensable à l'accomplissement de notre tâche.

A notre Maître Monsieur le Professeur HARVIER

Professeur à la Faculté de Médecine de Paris
Médecin des Hôpitaux de Paris

Auprès de qui nous avons tant appris et qui restera pour nous le maître de la clinique.

A notre Maître Monsieur le Professeur FEVRE

Professeur à la Faculté de Médecine de Paris
Chirurgien des Hôpitaux de Paris

Modeste témoignage de reconnaissance, avec le regret de n'avoir pas pu, plus longtemps, profiter de son brillant enseignement.

A notre Maître Monsieur le Docteur JULIEN MARIE

Médecin des Hôpitaux de Paris

De qui nous avons appris la séméiologie en pédiatrie.

A notre Maître

Monsieur le Docteur LOUIS DEVRAIGNE

Médecin-Accoucheur des Hôpitaux de Paris

Qui fut si indulgent dans son enseignement obstétrical.

A Monsieur le Docteur PAUL BLUM

Médecin de Saint-Lazare

Médecin Assistant de Saint-Louis

Remerciement pour avoir bien voulu diriger ce travail.

A MESSIEURS LES MEMBRES DE MON JURY

Témoignage de gratitude et respectueux hommage.



INTRODUCTION

Des nombreuses maladies vénériennes dont la pratique dermatologique s'occupe chaque jour, en ville et à l'hôpital, la gale a été cette année plus particulièrement en vedette. Et comment s'en étonner quand on considère les phénomènes sociaux dont notre continent vient d'être le théâtre.

Excusons-nous donc d'abord d'ajouter encore à l'abondante littérature médicale dont la gale a fait l'objet cette année, d'autant que nos maîtres ont écrit, ces temps derniers, sur les modalités cliniques et les adaptations modernes du traitement de cette maladie. Aussi nous garderons-nous d'aborder pareil sujet et nous circonscrivons ce travail à un autre aspect du problème clinique soulevé par la gale :

— Son association fréquente à la Syphilis, les conséquences cliniques et thérapeutiques qui en découlent.

On est frappé, en effet, quand on suit les consultations de dermatologie de ces derniers mois, de la fréquente association de ces deux maladies vénériennes. Car la gale peut être considérée comme une maladie vénérienne; il existe, on le sait, des cas de contagion indirecte qui ne sont pas niables (leur exis-

tence a d'ailleurs fait l'objet de travaux de certains dermatologistes), mais il est non moins certain que, dans son étiologie, la gale reconnaît avant toute autre cause, « la contagion par contact intime dans un même lit d'un sujet sain et d'un galeux ».

C'est ce facteur étiologique qui explique l'association de la gale et de la syphilis, maladies vénériennes fréquentes par elles-mêmes surtout dans les époques de troubles sociaux comme celles que nous vivons actuellement.

Si l'on serre maintenant ce problème d'un peu plus près, il nous faut élaguer du vaste champ clinique que nous ouvre une pareille association pathologique, certains aspects de ce problème.

Le but que nous nous proposons dans ce travail n'est pas tellement de souligner cette association, mais plutôt de développer l'une des idées principales qui sont à la base du diagnostic précoce de la Syphilis primaire, *dans sa période pré-chancreuse*.

Ainsi se trouvent éliminés de ce travail les autres aspects du problème : Gale et Syphilis secondaire, Gale et Syphilis tertiaire.

De même qu'on découvre l'acare dans les sillons scabieux, on peut aussi y découvrir parfois, et de façon précoce, le tréponème.

L'intérêt que présente l'association de la gale et de la syphilis réside dans le fait que la gale évoluant plus vite que la syphilis, la gale peut constituer dans des conditions bien déterminées un élément de suspicion de la Syphilis et par là même déclencher les recherches indispensables au dépistage de celle-ci.

La gale constitue donc, au point de vue de la prophylaxie très précoce de la syphilis, un élément très important d'information :

Elle peut retenir l'attention du syphiligraphe, surtout dans la recherche minutieuse des petits signes qui constituent la syphilis pré-chancreuse. MM. GOUGEROT et Paul BLUM ont pu ainsi, *très précocement*, chez un sujet suspect de contamination vénérienne, trouver le tréponème dans un sillon de gale.

Aussi considérons-nous cette recherche systématique comme un temps important dans le diagnostic précoce de la Syphilis, et nous remercions M. le Docteur Paul BLUM d'avoir inspiré ce sujet qui fait partie de ses travaux d'ensemble sur la Syphilis pré-chancreuse et d'avoir bien voulu nous guider dans l'exécution de notre travail. Les observations que nous publions ont été recueillies au Dispensaire de la Clinique de la Faculté à l'Hôpital Saint-Louis (Professeur GOUGEROT).

HISTORIQUE

Si chacune de ces deux maladies a un long passé historique, leur association, bien qu'elle ait déjà été notée par les dermatologistes, n'a pas fait l'objet de travaux suivis (1).

La gale, due à l'ACARUS SCABIEI (classe des Arachnides, ordre des Acariens, famille Sarcoptes), est connue depuis la plus haute antiquité, et bien qu'HIPPOCRATE n'en ait point fait mention dans ses écrits, on retrouve la description de la « Scabie » dans la *Re de Medica*, d'Aurélius Cornélius CELSUS (I^{er} siècle avant J.-C.).

Beaucoup plus tard, un auteur espagnol, Avenzoar DE PENAFLORE, entrevoit l'existence du « pou » qui serait l'agent causal de la « Sarna ».

Mais ce n'est qu'en 1829 que la preuve irréfutable de l'étiologie de la Gale est faite : RÉNUCCI, étudiant corse travaillant à Saint-Louis, extrait des sillons scabieux l'Acarus Scabiei et le décrit.

Depuis, les différentes publications médicales ont relaté les travaux de nombreux auteurs qui se sont attachés à réaliser l'agent thérapeutique idéal contre

(1) Druelle, Jullien, *Journal des Mal. Cut.*, 1904, p. 174.

ce fléau social. Le même thème a présidé aux recherches récentes sur cette maladie.

Par contre, les premiers écrits sur la syphilis paraissent beaucoup plus près de nous.

Ce n'est qu'à l'époque de la Renaissance, en effet, au moment où progressent de façon appréciable anatomie et pathologie, qu'une maladie nouvelle préoccupe les médecins de ce temps.

La « vérole » se répand en Europe avec une rapidité et une violence qui sèment une véritable panique et si la maladie inspire aux médecins, impuissants à la combattre, une compréhensive terreur, elle provoque également une autre réaction : toute une littérature satirique prend naissance, et RABELAIS, et surtout FRACASTOR ont leur part dans cette « véritable épopée vénérienne » (1).

Quant à l'origine de cette vérole, jamais problème n'a paru plus débattu.

ASTRUC (1684) la croit d'importation américaine. D'autres la font remonter jusqu'à Job lui-même. HORACE parle du « mal campanien », et plus tard on médite de quelqu'un en disant de lui qu'il a « le mal napolitain ».

Les guerres d'Italie, sous Charles VIII, propagèrent le mal, ce qui nous vaut quelques vers malicieux de VOLTAIRE (2).

(1) Dumesnil, *Hist. de la Médecine*.

(2) *Id.*

Quand les Français à tête folle,
S'en allèrent dans l'Italie,
Ils gagnèrent à l'étourdie
Et Gènes et Naples et la vérole.
Puis ils furent chassés de partout
Et Gènes et Naples on leur ôta.
Mais ils ne perdirent pas tout
Car la vérole leur resta.

Depuis, le problème de l'origine de la syphilis passe à l'arrière-plan des préoccupations des médecins, celui de sa symptomatologie et de son traitement prennent la première place des recherches scientifiques.

Aujourd'hui le mal qu'ASTRUC considérait comme « bénin et transitoire » domine encore les discussions dans les congrès de Dermatologie.

Si la littérature abonde en travaux et publications sur chacune de ces deux maladies, elle reste fort discrète sur leur association. Pourtant, Dominique LARREY, dans ses *Relations de voyage*, y fait allusion et, plus tard, JULLIEN, au Congrès de Dermatologie de 1900, dit déjà :

« L'association de la gale et de la syphilis est une complication assez fréquente. »

Quatre ans plus tard, dans un remarquable article, DRUELLE, médecin de Saint-Lazare (1), écrit :

« J'ai connu de nombreux cas où la gale servait de cause révélatrice à la syphilis. Il s'agissait là d'une véritable « *galate de vérole* », rebelle au traitement simple et ne cédant en fin de compte et longtemps après guérison de la gale proprement dite, qu'à un traitement mercuriel intensif. »

De fait, en maintes circonstances, on trouve simultanément en présence ces deux maladies, et ceci non seulement parce qu'il s'agit de deux affections fréquentes, mais parce que *les conditions étiologiques de la gale se rapprochent de celles de la syphilis.*

(1) Druelle, *Journal des Mal. Cut.*, 1904, p. 174.

Enfin, en 1908, SPICK (1), faisant un historique des maladies vénériennes dans les armées de la Révolution et de l'Empire, écrit :

« A la fin du XVIII^e siècle, les mesures d'hygiène, en grande faveur de nos jours, n'existent pas plus dans l'armée que dans les populations civiles.

« C'est l'époque des élégances, mais aussi de la saleté; l'époque où les épaisses couches de fard et de poudre cachent l'épiderme, où les perruques recèlent souvent des parasites et où on fabrique pour cet usage spécial des baguettes terminées par une main d'ivoire dont l'index peut poursuivre les insectes sous les boucles poudrées à frimas. »

Et plus loin :

« Il y a à la suite des glorieux sans-culottes qui ne péchaient point par excès de chasteté, une fourmilière, de femmes qui corrompent ou amollissent le soldat.

« Gale, gonorrhée et vérole étaient fréquemment l'apanage de ces soldats de la Grande Armée. »

Ainsi, depuis longtemps déjà, les rapports de la gale et de la syphilis ont été remarqués et l'importance relative de la gale, en tant que test révélateur, argument de dépistage de la syphilis, a été notée.

Etudions maintenant d'un peu plus près les rapports de la gale et de la syphilis.

(1) La gale et les maladies vénériennes dans les armées de la Révolution et de l'Empire (*Annales de Dermat.*, octobre 1908, p. 593).

RAPPORTS DE LA GALE ET DE LA SYPHILIS

L'association de ces deux maladies peut être le fait d'éventualités différentes :

- le sujet peut contracter simultanément gale et syphilis;
- le sujet peut contracter la gale, et, ultérieurement, la syphilis;
- enfin, dernière éventualité, le sujet est syphilitique, il contracte la gale et, à la faveur des lésions scabieuses, dissémine la syphilis.

1° CONTAGION SIMULTANÉE.

Nous avons insisté sur la notion capitale que représente le facteur étiologique pour ces deux maladies vénériennes. La prostitution, source majeure de contagion de la syphilis, est encore à l'origine, pour une grande partie, des cas de gale, surtout si on se place d'un point de vue actuel. Les difficultés que rencontre aujourd'hui la prophylaxie anti-vénérienne, les mélanges de population, la négligence ou l'ignorance des malades, sont autant de facteurs favorables au développement des maladies vénériennes, qu'il s'agisse de gale ou de syphilis.

Aussi doit-on insister sur ce fait majeur que la constatation d'une gale résultant d'une cohabitation suspecte, doit d'emblée faire suspecter la syphilis et, partant, déclancher toutes les investigations indispensables à la mettre en évidence. Nous reviendrons plus loin sur ce temps capital de l'examen clinique.

2° LE SUJET EST UN GALEUX, IL DEVIENT ULTÉRIEUREMENT SYPHILITIQUE.

Nous abordons ici un problème bien connu dans ses modalités cliniques, le problème des auto-inoculations. D'une façon identique à ce qui se passe avec le bacille de Ducrey, on voit survenir des faits comparables avec la gale.

Le rôle de la gale, comme porte d'entrée pour le tréponème, est un fait déjà bien connu (1).

Chez l'homme, les lésions génitales de la gale, si fréquemment *ulcéreuses*, sont une voie d'accès toute préparée pour le tréponème. Après guérison des lésions scabieuses, on voit apparaître, à l'endroit même des lésions de gale, les premières manifestations du chancre syphilitique primaire (2).

3° LE SUJET EST SYPHILITIQUE, IL CONTRACTE LA GALE ET, A LA FAVEUR DES LÉSIONS SCABIEUSES, PEUT DISSÉMINER LA SYPHILIS.

On envisage ici le cas inverse et du même coup, on

(1) Blum : A propos des chances syphilitiques multiples (*S.M.P.*, juin 1936).

(2) Gaucher et Bricout (*Bull. Soc. Fr. Dermat.*, novembre 1911, p. 360).

met en évidence l'importance d'un diagnostic précoce de la syphilis chez un tel malade.

Il importe alors de ne point négliger une gale qui peut paraître banale, et chez ce malade il est capital encore plus que de traiter sa gale, d'instituer un traitement précoce et énergique de sa syphilis, faute de quoi, les lésions scabieuses constitueront autant de sources de contagion syphilitique.

Concluons donc ce premier chapitre. L'importance de l'association gale et syphilis, réside dans le fait, qu'à la faveur de la gale on aura pu avoir, par l'interrogatoire et la clinique, la notion de contagé suspect et craindre la syphilis. Dès lors, on doit mettre en œuvre toutes les ressources diagnostiques pour la mise en évidence de la syphilis primaire dans sa période pré-chancreuse.

INTERET DU DIAGNOSTIC DE LA SYPHILIS PRIMAIRE DANS SA PERIODE PRE-CHANCREUSE

Nous empruntons pour la rédaction des lignes qui vont suivre, les idées que le Docteur Paul BLUM se propose d'inscrire dans une synthèse générale de ses travaux sur la syphilis pré-chancreuse.

La contamination de la syphilis se fait habituellement à la faveur d'une excoriation, d'une érosion, et l'on sait que vingt à quarante jours après la contamination le chancre apparaît au point d'inoculation.

Mais s'agit-il vraiment d'un chancre d'inoculation?

D'après Paul BLUM et BRALEZ (*Vie Méd.*), ce n'est point là un chancre d'inoculation, mais un « *syphilome local* » qui se développe aux points où la contamination s'est faite.

Lorsque le chancre apparaît, la syphilis, à vrai dire, n'est pas en incubation. Le sujet, au contraire, est déjà syphilitique et peut transmettre sa maladie avant même l'apparition du chancre. (Observations de TZANCK et de PAULIER.)

Par ailleurs, de nombreux auteurs se sont efforcés de trouver et de décrire telle ou telle manifestation pré-chancreuse de la syphilis primaire; on voit, en

effet, tout l'intérêt que comporte un diagnostic précoce, l'institution immédiate, faite à bon escient, d'un traitement spécifique.

C'est ainsi qu'on a décrit :

- des réactions hépatiques (subictère);
- la splénomégalie (LOUSTE et ses élèves);
- les troubles de la glyco-régulation (BLUM et VILLARET);
- les troubles de la vitesse de sédimentation (BENDA et ROSANOF);
- les réactions lymphatiques et vasculaires.

Plus récemment, MM. Paul BLUM et LECA ont insisté sur la valeur diagnostique de l'Herpès symptomatique du chancre (Thèse LECA, 1939, et Paul BLUM et LECA, dans *Ann. Mal. Véné.*, janvier 1940, p. 19).

Enfin, insistons pour terminer sur le remarquable travail de CHARPY (Sté Fr. de Dermat. Sec. du 21 nov. 1935), et que nous résumerons ainsi :

Avant même que le chancre apparaisse, le tréponème est décelable chez le sujet contaminé. Par examen à l'ultra-microscope de la sérosité prélevée par scarification superficielle au niveau de la muqueuse génitale, on peut mettre en évidence le spirille de Schaudinn.

Ainsi se trouvent jetées les bases d'un diagnostic précoce de la syphilis primaire dans sa période préchancreuse. Voyons maintenant en quoi et comment la gale peut contribuer à l'établissement de ce diagnostic et, dans un premier temps, envisageons les incubations respectives de la gale et de la syphilis.

INCUBATION DE LA GALE

L'incubation de la gale est relativement courte par rapport à celle des autres maladies vénériennes. Classiquement, sa durée varie de 2 à 4 jours en été et n'excède pas une dizaine de jours en hiver.

Le prurit est le premier signe en date. Il est provoqué, comme on le sait, par la migration du parasite femelle dans la couche cornée de l'épiderme. Son apparition nocturne, le fait qu'il est vite retrouvé chez le conjoint, constituent autant d'arguments de présomption de la gale.

Mais les signes de certitude sont fournis par l'examen des téguments du malade, examen qui révèle :

- Outre le sillon scabieux, linéaire, irrégulier, semé de petites taches noirâtres (déjections de l'acare), et présentant une entrée étalée et une queue ou éminence acarienne de Bazin;
- C'est surtout sa localisation très spéciale qui constitue le meilleur signe, et les travaux récents (*P.M.*, 1942), ont montré les variantes de cette localisation maxima;
- L'affinité particulière chez l'homme, pour les organes génitaux et les lésions scabieuses

qu'elle entraîne sur la verge et le fourreau, méritent d'être mises à part.

A ce niveau le sillon revêt un aspect de papulo-pustule, papule crûteuse, echtymateuse de 5 à 15 mm. de diamètre, pouvant simuler le chancre syphilitique, c'est le « chancre scabieux », nous y reviendrons plus longuement au chapitre diagnostic.

Tels sont les signes de certitude sur lesquels s'appuie le diagnostic de gale.

Envisageons maintenant l'incubation de la syphilis.

INCUBATION DE LA SYPHILIS

Nous avons souligné au chapitre « Période pré-chancreuse de la syphilis primaire » ce que nous entendions du point de vue clinique par « incubation ». La durée de cette incubation varie de 20 à 40 jours. Pendant toute cette période, *chaque fois qu'un malade porteur de gale s'est mis dans des conditions telles qu'on puisse se demander s'il n'a pas pu contracter la syphilis (rapport suspect), il est capital de ne pas le renvoyer avec le diagnostic de « gale banale ».*

Or, cette période est suffisante en durée pour vérifier ce doute, puisqu'en moyenne, la gale ayant une incubation beaucoup plus courte que celle de la syphilis, les premières manifestations de la gale apparaissent bien avant que survienne le chancre.

Dès lors, comment suspecter la syphilis?

— Il y a d'abord la méthode des confrontations, elle apportera une forte présomption si l'examen du partenaire se montre positif. Mais cet examen n'est pas toujours facile du point de vue clinique, il n'est pas toujours réalisable et surtout il n'apporte qu'une présomption.

— Dans d'autres cas, le malade a eu des rapports

multiples avec des femmes différentes, le doute est encore permis.

— Enfin, il est des cas où la syphilis reste méconnue.

En conclusion, quel que soit le cas envisagé, nous arrivons au chapitre capital, le diagnostic de la syphilis chez un galeux.

DIAGNOSTIC DE LA SYPHILIS CHEZ UN GALEUX

Il est évident que nous plaçant ici à la période pré-chancreuse de la syphilis il s'agit de faire le diagnostic de la syphilis le plus près possible de la contamination.

1° D'ABORD IL S'AGIT BIEN ENTENDU D'UN GALEUX :

On éliminera donc d'abord les piqûres par d'autres parasites,

- les *érosions traumatiques*, dues au coït, sont linéaires, déchiquetées,
elles ne sont *pas indurées*, elles sont douloureuses et guérissent rapidement. Toutefois, on ne peut se prévaloir d'une pareille étiologie, toujours invoquée par le malade.
- les *balanites diffuses*, ne seront pas davantage retenues parce que ce sont des érosions diffuses, en nappe, mal limitées, elles suintent.
- l'*herpès génital* ne se discute pas, si ce n'est pour en faire un argument de présomption en faveur de la syphilis (Thèse LECA).

Plus difficiles sont deux problèmes fréquemment posés en clinique :

- d'une part le « chancre scabieux » ;
- d'autre part la gale avec « adénopathie froide ».

a) *L'echtyma galeux chancriforme ou chancre galeux de Fournier, encore appelé chancre scabieux.*

Le prurit provoqué par les lésions scabieuses au niveau du gland, entraîne l'apparition d'exulcérations ou d'ulcérations (de nature streptococcique d'après M. MILIAX), arrondies ou ovalaires plus ou moins purulentes, parfois recouvertes d'une croûte.

Ces lésions peuvent donc simuler, dans certains cas, le *chancre mou*, d'autant plus qu'elles s'accompagnent parfois d'adénopathies inguinales suppurées. Mais celles-ci, contrairement au bubon chancrelleux, évoluent rapidement vers la cicatrisation après incision.

Mais, en fait, le gros problème diagnostique que pose cet *echtyma galeux chancriforme*, c'est sa ressemblance complète avec le chancre syphilitique de forme croûteuse.

Sous la croûte on trouve une surface orbiculaire excoriée à fond lisse et rougeâtre à bords réguliers, sans aréole inflammatoire.

De plus, cet *echtyma galeux* peut présenter parfois, une base résistante légèrement indurée et peut même donner lieu à un certain retentissement ganglionnaire (problème que nous reprendrons plus loin).

On voit donc combien la similitude avec le chancre syphilitique et la confusion sont possibles.

Mais il est des cas encore plus troublants et d'interprétation plus ardue :

Le Pr. FOURNIER rapportait le cas d'un galeux qui présentait quatre ulcérations croûteuses de la verge dont les caractères objectifs étaient rigoureusement semblables.

La frotte faite, trois d'entre elles disparaissent, la quatrième persiste, s'agrandit et prend les caractères d'un chancre syphilitique irréfutable avec manifestations secondaires tardives. La quatrième ulcération était donc un chancre.

On voit donc les difficultés que rencontre le clinicien en pareil cas.

Voyons maintenant le second cas :

b) *La gale se complique d'adénopathie inguinale « froide ».*

C'est un cas fréquent et pour lequel se pose le problème important du point de vue clinique et prophylactique : savoir s'il existe ou non une syphilis associée à la gale.

Sur quels signes se baser pour conclure ?

C'est ce que nous allons envisager maintenant.

2° DIAGNOSTIC DE LA SYPHILIS CHEZ UN GALEUX.

Nous avons longuement insisté sur le rôle joué par les lésions scabieuses comme porte d'entrée au tréponème. Reprenons ici les faits déjà signalés par MM. le Professeur GUGEROT et le Docteur Paul BLUM en 1936 (*Annales des Mal. Vén.*, 1936, p. 178).

« La gale favorise les inoculations multiples et les

chancres multiples ont l'aspect de chancres avec souvent un dessin rappelant le sillon de la gale. »

L'observation rapportée montre *l'existence du tréponème non seulement à la surface du chancre typique débutant, mais aussi dans la sérosité des lésions linéaires qui paraissent de vulgaires excoriations scabieuses, sans signes de syphilides.*

Peut-on souhaiter, chez un galeux, meilleure preuve d'une syphilis associée?

Nous considérons donc que chaque fois qu'on suspectera la syphilis chez un galeux, soit que l'interrogatoire ou l'enquête sociale apporte des doutes, soit que l'examen clinique découvre des lésions atypiques ou suspectes, *il est important de pratiquer aussitôt un examen à l'ultra-microscope, de la sérosité prélevée au niveau des sillons scabieux.* Cet examen systématique et précoce constitue, à notre avis, le meilleur argument permettant de conclure à l'existence d'une syphilis chez un galeux.

Mais là ne doit pas se borner l'investigation clinique.

Dans le cas particulier où la gale se complique d'adénopathie inguinale « froide », avec ganglions inguinaux unis ou bilatéraux, durs ou fermes, indolores, sans signes d'inflammation aiguë, il importe également de ne pas conclure hâtivement au diagnostic de gale banale infectée, et de négliger une syphilis encore discrète.

Le diagnostic consistera alors en un examen à l'ul-

tra-microscopé de la sérosité obtenue par ponction ganglionnaire.

Reprenons ce que le Docteur Paul BLUM signalait déjà en 1938 (A.M.V. 1938, p. 610).

Ce test diagnostique est d'autant plus intéressant qu'il constitue parfois la voie d'accès :

la plus précoce dans son apparition,
la plus facile
et parfois la seule possible.

On choisit et on repère le plus gros ganglion, et après asepsie à l'iode on enfonce une aiguille fine et courte de 15 mm., à biseau court.

On laisse monter la pulpe lymphatique par capillarité, on retire l'aiguille, après quoi on lui ajuste une seringue et, avec le piston, on pousse le contenu de l'aiguille sur une lame qu'on examine à l'ultra-microscope.

Dans le cas où la syphilis s'associe à la gale et où l'adénopathie inguinale témoigne de l'invasion de l'organisme par le tréponème, celui-ci est facilement découvert à cet examen.

Enfin, un troisième argument diagnostique est fourni par la technique de CHARPY, chaque fois qu'on suspectera la syphilis chez un galeux.

• On voit donc que les moyens ne manquent pas qui peuvent donner la certitude. Mais il importe de les utiliser précocement, il importe surtout de ne pas négliger l'examen clinique d'un galeux, et ceci est particulièrement vrai chaque fois que la gale est le résultat d'un contagé suspect. On ne saurait donc

trop insister sur l'absolue nécessité d'une enquête judicieusement menée et la nécessité d'un examen clinique approfondi chez ces galeux, examen qui permettra un dépistage précoce de la syphilis avec toutes les conséquences prophylactiques et thérapeutiques qu'il comporte.

CONSIDERATIONS THERAPEUTIQUES

Le problème thérapeutique posé par la constatation d'une gale associée à une syphilis, présente un double intérêt :

- la gale favorise la dissémination de la syphilis,
- la gale prédispose le malade lui-même à des auto-inoculations multiples.

Il importe donc que le traitement réponde à ces deux données.

Et d'abord quel traitement entreprendre immédiatement? Va-t-on s'attaquer d'abord à la gale ou à la syphilis?

Il nous paraît essentiel pour l'avenir de ce malade et pour éviter la contagion à l'extérieur de *traiter d'abord la syphilis*.

Une frotte agressive, faite précocement avant tout traitement anti-syphilitique, outre qu'il laissera évoluer l'affection la plus grave, favorisera les « chances » d'auto-inoculation chez ce malade.

Avant donc de s'occuper du prurit chez un galeux syphilitique, il est capital de s'occuper d'abord de sa syphilis.

Mais à quel moment faire ce traitement?

Le traitement préventif de la syphilis préconisé par les auteurs à une certaine époque n'est plus admis aujourd'hui. La plupart des auteurs admettent maintenant que si ce traitement doit être aussi précoce que possible il importe de ne le faire qu'à bon escient et après constatation formelle du tréponème à l'ultramicroscope, dans le diagnostic précoce, ou après que les réactions sérologiques se sont montrées positives dans un diagnostic plus tardif.

On commencera donc par traiter la syphilis et après un examen général soigneux et en tenant compte de l'âge du malade on prescrira :

Chez le jeune une cure mixte, par arsenic et bismuth;

Chez le sujet âgé, une cure par bismuth ou mercure.

Quant à la gale, on ne commencera son traitement qu'après celui de la syphilis, et une durée de 10 à 15 jours séparera le début du traitement anti-syphilitique de celui de la gale.

La modalité de ce traitement varie suivant les écoules; il nous paraît pourtant utile de recourir aux méthodes plus douces que la frotte, et à cette technique nous préférons :

Soit les applications de benzoate de benzyle, mais sa réalisation est aujourd'hui difficile.

Aussi préconiserons-nous des onctions simples avec la pommade de Milian, pendant trois jours consécutifs.

OBSERVATIONS

OBSERVATION N° 1. N° 137.149. C... Paul, 24 ans, 2 janvier 1942.

Quand ce malade se présente à la consultation, il est porteur d'une gale manifeste, comme en témoignent son prurit nocturne, les sillons siégeant dans les espaces interdigitaux, le bord cubital de la main, la région péri-ombilicale, la face interne des cuisses et les organes génitaux.

Mais, outre sa gale, ce malade présente une lésion génitale qui retient l'attention.

La verge est « en battant de cloche », et sous le prépuce on découvre une couronne de chancres nains, exulcérés, non suintants et s'accompagnant d'une adénopathie inguinale bilatérale avec des ganglions termes, sans péri-adénite, froids et indolores.

Cet homme, qui est marié, a eu des rapports avec une prostituée, le 20 novembre; les chancres sont apparus le 12 décembre.

Un examen, à l'ultra, de la sérosité prélevée au niveau des chancres et des sillons scabieux est positif. Les réactions sérologiques (B. W., Hecht, Kahn) sont toutes positives.

Après examen général, on entreprend une cure mixte arsenic-bismuth et un traitement de sa gale 15 jours après.

Comme ce malade est marié, nous convoquons sa femme, et l'examen découvre chez elle :

- Une roséole discrète de l'abdomen et du thorax;
- Des syphilides du pli naso-génien et de la commissure labiale gauche.

L'accident primitif siégeant sur la grande lèvre droite est en voie de cicatrisation.

Il existe en outre des plaques muqueuses hypertrophiques au niveau de l'anus et une gale évidente.

L'examen à l'ultra (sérosité des plaques muqueuses) est positif, le B. W. également.

Il y a donc eu contagion simultanée, auto-inoculations multiples chez l'homme, et, chez la femme, diffusion des accidents secondaires, favorisée probablement par la gale.

OBSERVATION N° 2. N° 137.568. F... Joseph, 1^{er} février 1942.

Il y a vingt jours, ce malade a été traité pour une gale en ville. Aujourd'hui il consulte dans notre service pour une récurrence de « gale à la verge ».

Quand on l'examine, on trouve :

Des lésions scabieuses en voie de cicatrisation;

Une couronne d'accidents primaires syphilitiques herpétiformes, du sillon balano-préputial avec adénopathie inguinale bilatérale froide.

Un premier examen de la sérosité prélevée sur les chancres est négatif.

Un second examen pratiqué 48 heures plus tard, en parant des chancres et d'une ponction ganglionnaire, se montre positif pour les deux prélèvements.

Syphilis révélée, donc, vingt jours après la gale par accidents herpétiformes.

OBSERVATION N° 3. N° 110.631. A... Louis, 30 avril 1942.

Ce malade consulte pour une gale d'allure banale au premier examen. Mais on découvre, outre des sillons scabieux typiques siégeant sur la verge, une *adénopathie inguinale* bilatérale froide. De plus, les sillons paraissent reposer sur une base indurée. On pratique une ponction ganglionnaire, et l'examen à l'ultra révèle l'existence de tréponèmes. Le B. W. est *négatif* et l'est resté, un traitement anti-syphilitique ayant été aussitôt entrepris.

OBSERVATION N° 4. N° 136.829. O... Jean, 20 novembre 1941.

Ce malade est envoyé par son médecin. Il a commencé à se gratter vers le milieu du mois d'octobre, après avoir couché avec une femme de rencontre (10 octobre).

Il consulte en ville et son médecin le rassure, croyant à un prurit banal; mais un traitement symptomatique n'amène aucune amélioration.

Quand nous le voyons pour la première fois le 20 novembre, le diagnostic de gale est évident. Mais il présente en plus un *echtyma* galeux typique, non induré. Il existe de volumineux ganglions inguinaux des deux côtés, ils sont peu douloureux, d'une fermeté élastique.

L'ultra pratiqué à partir de la sérosité prélevée au niveau du « chancre scabieux » se montre positif. Le B. W. l'est également.

OBSERVATION N° 5. N° 137.445. C... Valentin, 1^{er} décembre 1941.

Ce malade vient consulter pour une gale, et c'est lui-même qui s'inquiète d'une syphilis possible, ayant des doutes sur la santé de sa partenaire.

On pratique donc un prélèvement au niveau des sillons scabieux de la verge et une ponction ganglionnaire (adénopathie inguinale droite).

Les deux examens sont positifs à l'ultra. Le B. W. est négatif et le reste après traitement aussitôt entrepris. La gale n'est traitée que quinze jours plus tard.

OBSERVATION N° 6. N° 138.010. J., René, 30 mai 1942.

Malade porteur d'une gale depuis le 26 avril. L'examen général découvre chez lui des plaques muqueuses arrondies sur la face interne de la lèvre supérieure avec petite adénopathie rétroauriculaire et sous-angulo-maxillaire.

L'ultra et le B. W. sont positifs.

OBSERVATION N° 7. N° 137,578. L... Raymond, 20 octobre 1941.

Consulte pour prurit nocturne, lésions de grattage; l'examen découvre des sillons scabieux évidents sur la verge (fourreau et gland) et une balanite s'accompagnant d'adénopathie inguinale bilatérale.

Un ultra fait au niveau des lésions scabieuses est négatif une première fois; il devient positif 48 heures plus tard. Le B. W. est négatif.

OBSERVATION N° 8. N° 135,903. T... Gaston.

Ce malade présente une gale depuis 1 mois 1/2 (il existe des sillons de gale sur la verge). Quinze jours après le début de son prurit, apparition de quatre chancres siégeant :

Trois sur le fourreau;

Le quatrième sur le pubis;

Ayant tous les caractères typiques du chancre syphilitique. Un prélèvement est fait au niveau des chancres et des sillons scabieux; tous sont positifs à l'ultra. Les réactions sérologiques sont également positives.

CONCLUSIONS

Il apparaît donc au terme de ce travail que :

— Gale et syphilis peuvent se trouver associées; c'est un fait déjà fréquemment observé par les dermatologistes;

— Dans ce travail, nous nous sommes limité aux rapports de la gale et de la syphilis primaire. Nous avons essayé de montrer que cette double contagion peut être le fait de trois éventualités :

a) Un sujet contracte simultanément gale et syphilis. A la faveur des lésions de grattage provoquées par la gale, les chancres se multiplient, réalisant une véritable auto-inoculation;

b) Un malade porteur de gale peut contracter ultérieurement la syphilis; les lésions scabieuses servent alors de porte d'entrée pour le tréponème;

c) Un malade en incubation de syphilis contracte la gale; la syphilis peut se manifester par des lésions banales de gale. Il importe alors d'en faire le diagnostic précoce, et ce par l'examen à l'ultra-microscope du prélèvement effectué au niveau des sillons scabieux (M. le Professeur GOUTEROT et M. le Docteur BLUM). L'incubation de la gale étant plus courte que celle de la syphilis, le clinicien pourra mettre à profit cet

intervalle de temps pour mettre en évidence la syphilis.

— Dans les rapports de la gale et de la syphilis primaire, le diagnostic précoce, dès la période pré-chancreuse, est un problème des plus importants au point de vue clinique et prophylactique.

Ce diagnostic consistera :

- a) En un examen soigneux des lésions scabieuses;
- b) La recherche systématique du tréponème au niveau de ces lésions;
- c) En un examen approfondi de toute adénopathie accompagnant une gale, tant du point de vue clinique que biologique (ponction ganglionnaire).

CONSIDERATIONS THERAPEUTIQUES

Il importe donc de ne pas envoyer à la frotte un malade atteint de gale et qui porte les traces de syphilis dans sa période pré-chancreuse. Avant que de se préoccuper de son prurit, il est essentiel d'attaquer le tréponème.

Vu :
Le Président,
GOUGEROT.

Vu :
Le Doyen,
BAUDOUIN.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
Gilbert GIDEL.

BIBLIOGRAPHIE

- BLUM (Paul). — *S. M. P.*, juin 1936. *Bull. Sté Fr. Dermat.*, 1936. *Annales Mal. Vénér.*, 1938, p. 446; janvier 1940, p. 19.
- BLUM et LECA. — *S. M. P.*, juin 1936. *Bull. Sté Fr. Dermat.*, 1936. *Annales Mal. Vénér.*, 1938, p. 446; janvier 1940, p. 19.
- BLUM et BRALEZ — *Vie Méd.*, 25 janv. 1931, p. 91.
- BROCQ. — *P. M.*, n° 4, janv. 1939.
- DUMESNIL. — *Histoire de la Médecine.*
- DRUELLE. — *Journ. des Mal. Cut.*, mars 1904.
- EDOWES. — *P. S. of London*, 19 fév. 1920, p. 61.
- GAUCHER et BRICOURT. — *Bull. Sté Fr. Dermat.*, nov. 1911.
- GAUCHER et DRUELLE. — *Bull. Sté Fr. Dermat.*, juillet 1910.
- GATE. — *S. M. P.*, 15 mai 1929.
- FR. GOUGEROT et BLUM. — *Ann. Mal. Vén.*, oct. 1936, p. 778.
- LAFFONT. — *Ann. Mal. Vén.*, mai 1907, p. 369.
- POLNANO. — *Sté Néerl. Derm.*, 31 mai 1908.
- POLLACSEK. — *Orvosi Hétel.* Budapest, 1890, XXXIV 174.
- RABUT. — *L'Hôpital*, XVII, N° 236.
- RAVZ DJUVARA. — Thèse 1939.
- SPIECK. — *Ann. Derm.*, oct. 1908, p. 593.
- WALLON. — *Bruxelles Méd.*, 8 nov. 1923.



